

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE 139 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Elie BOROWSKI

Né le 20 décembre 1904 à Wilno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

REPAIRES MICROBIENS DE L'URÈTRE

DANS LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'HOMME

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

166

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Elie BOROWSKI

Né le 20 décembre 1904 à Wilno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

REPAIRES MICROBIENS DE L'URÈTRE

DANS LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'HOMME

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Cliniqu chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES.... Pathologie médicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAJRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX.... Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.
BASSET Clinique chirurgicale.
BROCC Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDoux-LEBARD..... Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..... Microbiologie.
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance pour tous les
sacrifices consentis.

A MA FEMME

A qui je dédie ce travail en récompense de
sa confiance et de son appui moral.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE UROLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
notre vive reconnaissance pour nous avoir
témoigné sa bienveillance pendant notre
séjour dans son service à Broca et à Saint-
Louis, et notre sentiment d'admiration
pour ses leçons d'une rare valeur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
BOULIN
PROFESSEUR AGRÉGÉ
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hommages de reconnaissance pour les
conseils éclairés qu'il nous a donnés et pour
sa bienveillance à notre égard.

A MON MAITRE LE DOCTEUR J. JANET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse
et qui n'a cessé de nous prodiguer ses conseils
très précieux au cours de la réalisation de
ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tous nos remerciements et notre reconnaissance pour avoir facilité notre tâche en mettant à notre disposition ses sujets anatomiques.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE SEZE

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

Qu'il reçoive ici l'expression de reconnaissance de son ancien élève et la garantie de son indéfectible amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Nous ne saurions trop lui exprimer notre
profonde gratitude et nos remerciements
pour ses conseils éclairés et pour la sincérité
de son amitié.

A Monsieur le Docteur PERARD

A Monsieur le Docteur CARTAUD

A Monsieur le Docteur MERGET

ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A Monsieur le Docteur ABD-EL-NOUR

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

En remerciement de leur amitié qui n'a
jamais failli à notre égard.
Toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons nous a été inspiré par diverses observations personnelles concernant des sujets atteints de blennorragie rebelle chez lesquels le traitement habituel avait été mis en échec. Nous avons obtenu la guérison, par destruction mécanique ou chimique, de repaires para-urétraux suivant une technique exposée de 1901 à 1930 par le Docteur J. Janet.

C'est cet auteur en effet qui, après Jamin, Lejars et Pasteau a su mettre en évidence toute l'importance pathologique de la localisation de gonocoques dans certains foyers de l'urètre incapable de se défendre contre eux, alors que le reste de la muqueuse est arrivé à s'en débarrasser.

Ces cantonnements de gonocoques, dans les repaires anatomiques congénitaux, entretiennent indéfiniment la blennorragie chez l'homme. Ils sont cause de la plupart des cas rebelles au traitement classique.

Ce sont ces petits repaires, ces cryptes, ces lacunes qui, avec les foyers prostatiques et vésiculaires, déterminent la blennorragie chronique chez l'homme.

Le dépistage de ces repaires où se réfugient les gonocoques, et, où ils séjournent à l'abri de tout traitement, évitera les déboires médicaux.

Le but de ce travail est d'insister à nouveau sur la valeur de cette notion et, sur les conséquences cliniques et thérapeutiques en découlant.

L'ancienne méthode de traitement de la blennorragie rebelle, consistait à laisser le gonocoque s'épuiser naturellement, mais aujourd'hui, elle a fait place, grâce à la connaissance des repaires, à un traitement d'une efficacité indiscutable, par l'application duquel on obtient une guérison complète et rapide.

La première méthode présentait un réel danger tant pour la blennorragie que pour les contaminations qu'elle pouvait provoquer. Le malade était trompé lui-même, ainsi que le médecin traitant, par une guérison apparente (qui n'était qu'un des stades dans une lente disparition du microbe siégeant dans l'urètre), alors que ceux qui siégeaient dans un trajet para-urétral, continuaient à vivre, à se développer et à réinfecter le canal de l'urètre.

Aujourd'hui, la connaissance des repaires et leur dépistage nous permettent d'atteindre les gonocoques partout où ils se trouvent, et, en appliquant le traitement approprié, de rendre impossible toute complication de l'urètre postérieur, et de réduire, au strict minimum, la durée de la blennorragie en évitant toute rechute.

Un grand pas, un pas immense a donc été fait dans l'art de guérir la blennorrhagie.

Notre étude comprendra trois parties :

La première consacrée aux rappels anatomiques et histologiques.

La seconde consacrée à l'étude clinique.

La troisième consacrée à la technique thérapeutique.

ÉTUDE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

Nous proposons de suivre la classification suivante :

- a) Repaires congénitaux normaux.
- b) Repaires congénitaux anormaux.
- c) Repaires accidentels.

A. REPAIRES CONGÉNITAUX NORMAUX

Les repaires congénitaux normaux sont intra-urétraux, c'est-à-dire que leurs orifices débouchent dans le canal de l'urètre.

- 1° La valvule de Guérin.
- 2° Les lacunes de Morgagni.
- 3° Les orifices des glandes Littre et Cowper.

1° VALVULES DE GUÉRIN

Sur la paroi supérieure de l'urètre spongieux à 1 ou 2 centimètres en arrière du méat, Guérin a signalé, en 1849, l'existence d'un repli vulvaire appelé depuis : Valvule de Guérin (*Fig. 1*). Au-dessus d'elle et de la paroi supérieure du canal de l'urètre, se trouve



Fig. 1. — JARJAVAY, 1856. Coupe médiane de la paroi inférieure de l'urètre.

- a) Valvule de GUÉRIN.
- b) Lacune de MORGAGNI foramina.
- c) Foraminula qui ont exceptionnellement un développement considérable.
- d) Papille du canal.



Fig. 2. — Face dorsale de l'urètre.

a) Valvule de GUÉRIN.

b), c), d), e) Lacunes de MORGAGNI.



Fig. 3

une sorte de poche ou de cul de sac de 6 à 12 millimètres de profondeur : c'est le cul de sac ou sinus de Guérin.

La valvule de Guérin est à peu près constante, Jarjavay l'a vue manquer une fois sur sept seulement. La profondeur varie dans le cas d'hypospodias elle atteint jusqu'à 2 centimètres. On conçoit sans peine que mieux encore que la foramina, elle puisse arrêter la sonde dans le cathétérisme.

La distance qui sépare cette valvule du méat est en général de 8 à 12 millimètres. Cependant elle peut exister de 18, 19, 20 dans certains cas.

Jarjavay en a observé de 5 centimètres.

La profondeur est de 1 centimètre au plus.

Il peut exister 2 à 3 valvules.

Le segment prostatique a aussi des valvules, mais c'est rare.

2^o LACUNES DE MORGAGNI

Elles ont été indiquées par de Graf, qui les a surtout remarquées chez les veaux « toute l'étendue de l'urètre est munie d'orifices innombrables qui versent dans le canal une humeur qui l'humecte et lubrifie ».

La surface supérieure de l'urètre spongieux nous offre à considérer, dans toute son étendue, un système d'orifices que Morgagni avait décrit en 1706 et

qu'il avait comparé à des lacunes et qu'on désigne depuis lors, sous le nom de *Lacune de Morgagni*.

Les lacunes, très visibles à l'œil nu, se divisent d'après leur dimension, en grandes et petites et selon l'expression de cet anatomiste, en foramina et foraminula.

Les grandes lacunes ou foramina (*Fig. 1*) occupent la paroi supérieure de l'urètre où elles forment sur la ligne médiane une rangée unique qui s'étend en longueur depuis la fosse naviculaire jusqu'à l'angle préputien. On en compte ordinairement de 12 à 14 (de 5 à 23 d'après les observations de Jarjavay). Leur profondeur varie le plus souvent de 8 à 10 millimètres, mais il en existe parfois de beaucoup plus grandes. **GRUVEILHIER** en a rencontré qui mesuraient jusqu'à 27 millimètres de longueur.

Les petites lacunes ou foraminula sont situées en dehors des précédentes, soit sur la face supérieure du canal, soit le long de ces bords. On en observe aussi quelquefois sur la paroi inférieure, mais elles sont beaucoup plus rares. Elles sont quelquefois si petites qu'il faut les examiner à une vive lumière.

Grandes ou petites, les lacunes de Morgagni présentent des cavités tubuleuses qui, d'une part, s'ouvrent dans le canal de l'urètre et, d'autre part, se terminent en caecum.

Les orifices des lacunes regardent en avant comme la valvule de Guérin (*Fig. 1, 2, et 3*).

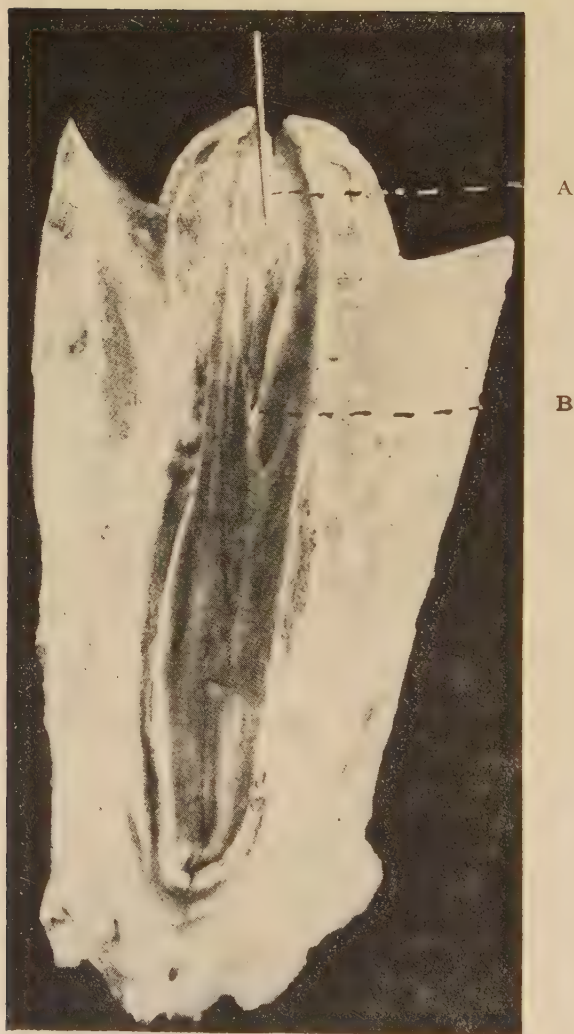


Fig. 4. — GJESSING.

La partie antérieure, face dorsale. L'épingle est dans une valvule de GUÉRIN (*a*), *b*) lacune la plus en avant.

Ces cavités présentent cette particularité caractéristique, qu'au lieu de s'enfoncer dans la muqueuse perpendiculairement à la surface, comme le font d'ordinaire toutes les formations glandulaires, elles suivent dans la paroi urétrale une direction très oblique, de telle sorte que leur extrémité ouverte est dirigée du côté du gland.

L'ouverture des lacunes de Morgagni, circulaire ou elliptique, est constituée en dehors, par la paroi même de l'urètre et en dedans par un mince repli muqueux de forme semi-lunaire assez analogue à une valvule.

Cette ouverture mesure, pour les grandes lacunes, 1 à 3 millimètres de diamètre, et comme elle est tournée du côté du méat, elle permet aux bougies *de petit calibre de s'engager dans les lacunes.*

3^o GLANDES URÉTRALES LITRE

Dans la portion membraneuse les glandes urétrales sont connues sous le nom de glandes de Littré. Leurs culs de sac occupent l'épaisseur de la tunique musculieuse.

Les glandes de Littré, comme les glandes folliculeuses peuvent s'ouvrir, soit à la surface de la muqueuse urétrale directement, soit dans les lacunes de Morgagni (sur les parois ou dans le fond) voir *Fig. 5.*

Comme toutes les autres glandes de l'urètre, les glandes de Littre se composent d'une membrane propre qui se continue avec la basale de la muqueuse



Fig. 5. — Illustration Morgagni.

et qui est tapissée intérieurement d'un épithélium.

D'après Delbet, on trouve des glandes de Littre sur toute la longueur de l'urètre. Leur position explique leur sécrétion abondante d'un mucus clair et transparent pendant l'érection.



Fig. 6. — Illustration GJESSING.

Partie antérieure, face dorsale. La valvule de GUÉRIN manque. Crête dorsale de l'urètre qui se divise en forme de fourche au bord postérieur de la fossette naviculaire.

L'examen de la figure 5 donne à penser et nous sommes de cet avis, que ce que Morgagni appelle « Foramina » c'est-à-dire cette multitude de petits orifices que l'on voit dans la partie spongieuse, allant de B à C ne sont autre chose que des glandes de Littre.

Nous rappelons à ce sujet que nous avons signalé d'autre part, que les glandes de Littre peuvent également s'ouvrir dans les lacunes de Morgagni.

4^o ORIFICES DES GLANDES DE COWPER

Ils se trouvent situés sur la paroi inférieure du canal, à droite et à gauche de la ligne médiane. A la partie antérieure du cul de sac du bulbe, on trouve deux orifices étroits qui correspondent aux conduites excreteum des glandes de Cowper.

HISTOLOGIE

Le cul de sac de Guérin, avec repli semi-lunaire, rappelle assez bien par sa disposition les grandes lacunes de Morgagni qui sont situées immédiatement en arrière, et la plupart des anatomistes, y compris Guérin lui-même, l'ont considéré comme n'étant pas autre chose qu'une grande lacune de Morgagni, ne différant des autres que par sa situation qui est antérieure et par ses dimensions, qui sont beaucoup plus considérables.

Contrairement à cette opinion, Retterer (1892) en se basant surtout sur le fait que les lacunes de Morgagni sont revêtues intérieurement d'un épithélium cylindrique, tandis que le sinus de Guérin est tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur un chorion pourvu de papilles.

D'après Gjessing (Oslo 1936), il existe une différence tant du point de vue histologique que clinique pour les raisons suivantes :

1° La valvule de Guérin est inconstante, au contraire on trouve toujours les lacunes de Morgagni (*Fig. 6*).

2° La valvule de Guérin est au-dessous de la fosse naviculaire; les lacunes de Morgagni sont derrière celle-ci;

3° La valvule de Guérin a la forme d'une poche ouverte à demi-lune; les lacunes de Morgagni sont d'étroits petits canaux (*Fig. 1, 2, 5*).

Au point de vue histologique, Gjessing a fait les mêmes constatations que Retterer.

Les lacunes de Morgagni ci-dessus décrites, que quelques anatomistes considèrent à tort comme des glandes, ne sont autre chose que de simples dépressions de la couche épithéliale dans le chorion muqueux.

Delbet écrit « Les lacunes ont la même structure que l'urètre, on ne peut donc pas les tenir pour des glandes, mais on doit les considérer comme de simples dépressions de la muqueuse ».

Leurs parois, en effet, quel que soit le point où on les examine, sont partout formées par le chorion surmonté d'une membrane basale et d'un épithélium en tout point semblable à celui de la muqueuse urétrale.

Delbet constate dans le cas d'éclatement de l'urètre :
« La muqueuse de l'urètre repose directement sur le tissu érectile. On voit même par place les lacunes de Morgagni pénétrer dans les mailles du corps spongieux et baigner dans le sang ».

B. LES REPAIRES CONGÉNITAUX ANORMAUX

Les repaires congénitaux anormaux sont des malformations congénitales extra et intra-urétrales anormalement développées.

Tantôt leurs orifices débouchent dans l'urètre (s'ils sont intra-urétraux), en dehors c'est-à-dire sur la surface de la verge ou sur le méat ou encore dans le sillon balano-préputial.

A. Repaires du gland.

1. Repaires près de la commissure supérieure : fossettes, diverticules.
2. Repaires près de la commissure inférieure et dans le frein : méat double, culs de sac.
3. Repaires latéraux.
4. Repaires d'hypospades.

B. Repaires de l'urètre.

Valvule de Guérin et lacune de Morgagni, mais anormalement développées.

C. Repaires du corps du pénis.

Canal de la face supérieure ou sur la face inférieure.

D. Littrite et cowperite.

A. REPAIRES DANS LE GLAND

1. Fossette à la commissure supérieure

Au-dessus de la commissure supérieure, peut se trouver, une petite fossette.



Fig. 7. — Fossette à la commissure supérieure. De cette fossette peut partir un cul de sac vers le fond. (*Fig. 8*). La fossette peut manquer, de sorte que l'on trouve seulement un ou plusieurs culs de sac. (*Fig. 8*). Cul de sac où la fossette peut déboucher dans l'urètre de sorte que le méat est partagé par un point oblique (*Fig. 9*). Fossette et cul de sac peuvent être sous le méat, donc dans la fosse naviculaire et par conséquent intra-urétraux (*Fig. 10*).



8



9



10

Fig. 8. — Fossette avec cul de sac à la commissure supérieure.

Fig. 9. — Le cul de sac communique avec l'urètre de façon à produire un pont oblique.

Fig. 10. — Cul de sac et fossette sont reculés en bas dans la fosse naviculaire.

Les culs de sac en question doivent être considérés comme les formes d'un hypospodias léger.

Diverticules. — Malgré leur fréquence, les diverticules des lèvres du méat passent souvent inaperçus.

On ne peut les déceler d'une façon absolue; on ne peut que les soupçonner en inspectant minutieusement le méat.

Dans ce cas, celui-ci présente au milieu d'une ou des deux lèvres un petit tubercule ou bien un orifice minuscule par lequel s'échappe une goutte de sérosité ou de pus.

La pointe d'un stylet moussé peut être introduite dans cet orifice.



Fig. 11.



Fig. 12.

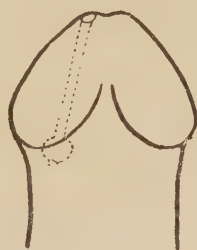


Fig. 13.

Tantôt il s'agit d'une simple fossette à cavité sphérique de la grosseur d'un grain de millet.

Tantôt cette fossette se prolonge en fin canal qui longe latéralement la paroi urétrale jusqu'au niveau du sillon balano-préputial et répond au type de lacune de Morgagni, mais plus profond (d'après J. Janet) (*Fig. 11, 12, 13*).

Canaux para-urétraux de la paroi inférieure. —
Ces canaux sont soit borgnes soit fistuleux. Dans



Fig. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.

l'un ou l'autre cas, un petit orifice (*Fig. 14*) apparaît au niveau de la commissure inférieure du méat.

Ce petit orifice peut être double (*Fig. 15*) quand le canal se bifurque.

Il est le point de départ d'un petit canal para-urétral qui peut être soit borgne (*Fig. 16*) soit communiquant un peu plus bas avec la fosse naviculaire, (*Fig. 17*) soit encore, en se prolongeant jusqu'au sillon balano-préputial, aboutir à une poche placée sous le frein et qui peut s'abcéder.

Bride transversale de la fosse naviculaire. — Ce cas est peu fréquent. Le Docteur J. Janet déclare ne l'avoir constaté qu'une seule fois.

Cette constatation lui permit de guérir en 15 jours une blennorrhagie résistant pendant quelques mois au traitement appliqué par un confrère.

2. *Culs de sac à la commissure inférieure et dans le frein*

Il arrive, assez rarement, que l'on rencontre un cul de sac à la commissure inférieure ou quelques millimètres plus à l'intérieur dans l'urètre à la face urétrale (*Fig. 18*).

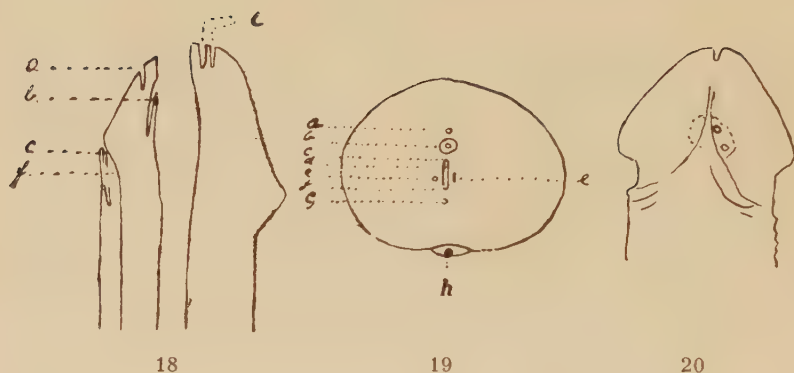
Ce cul de sac a rarement plus de 10 mm. de longueur. Il n'est pas facile à découvrir, car son ouverture est, en général, très petite et peu enflammée ; de même, la goutte qu'on en fait sortir par pression, est minime. Par suite du diamètre modeste de celui-ci, le traitement du cul de sac est également difficile. On trouve peut-être encore plus rarement un cul de sac dans le frein (*Fig. 18*). Celui-ci ressemble d'ailleurs au type précédent.

3. *Culs de sac latéraux*

Dans l'une des lèvres de l'orifice ou dans les deux peuvent se trouver de petits culs de sac. Leurs ouvertures peuvent être rondes ou en forme de fente (*Fig. 19, 21, 22, 24*).

Généralement on les trouve avec facilité.

L'orifice en forme d'ancre, représente probablement, un stade plus développé des culs de sac latéraux (*Fig. 23*).



On trouve rarement sur le même urètre toutes les combinaisons de canaux ou culs de sac ; nous présentons l'image n° 18 comme schématique.

Fig. 18. — Vue d'ensemble en un plan sagittal. *e*) cul de sac extra-urétral à la commissure supérieure ; *a*) cul de sac extra-urétral à la commissure inférieure ; *b*) cul de sac intra-urétral à la commissure inférieure ; *c*) cul de sac dans le frein ; *f*) frein.

Fig. 19. — Vue d'ensemble du gland vu de face avec les culs de sac extra-urétraux qui se trouvent le plus fréquemment. *a*) cul de sac à la commissure supérieure ; *b*) fosse avec cul de sac ; *c*) commissure supérieure ; *d*) orifice de l'urètre ; *e*) cul de sac latéral avec ouvertures ronde et en forme de fente ; *f*) commissure inférieure ; *g*) cul de sac sur la commissure inférieure ; *h*) cul de sac dans le frein.

Fig. 20. — Image en forme de poche avec deux ouvertures dans la région du frein.



Fig. 21. — Cul de sac sur la lèvre gauche (d'après SCHOUFELV).



Fig. 22. — Culs de sac latéraux infectés (d'après SCHOUFELV).



Fig. 23. — Orifice en forme d'ancre.



24



25



26

Fig. 24. — Coupe frontale à travers 2 culs de sac latéraux.

Fig. 25. — Oreille d'ancre latérale d'un seul côté (J. JANET).

Fig. 26. — Forme d'ancre incomplète (d'après J. JANET).

Dans des cas de ce genre, on observe à la commissure inférieure un élargissement de l'ouverture vers les deux côtés. Si l'on élargit le méat, il prend la forme d'une ancre. J. Janet a décrit une oreille d'ancre latérale d'un seul côté (*Fig. 25*).

Il a également décrit une autre forme d'ancre incomplète : deux culs de sac latéraux séparés de l'orifice, à la surface, mais communiquant dans le fond avec l'urètre vers les culs de sac latéraux ordinaires (*Fig. 26*).

4. *Repairs d'hypospades*

On sait que l'hypospadias est un défaut de développement et est caractérisé par le fait que l'urètre débouche à la face inférieure du pénis.

Entre l'urètre normal et l'hypospadias entièrement développé, il y a plusieurs formes de transition.

Il est bien rare qu'un gland d'hyospade ne présente pas quelques canaux accessoires, le plus souvent même il en possède simultanément un grand nombre, mais avec des dispositions variées : médianes, latérales

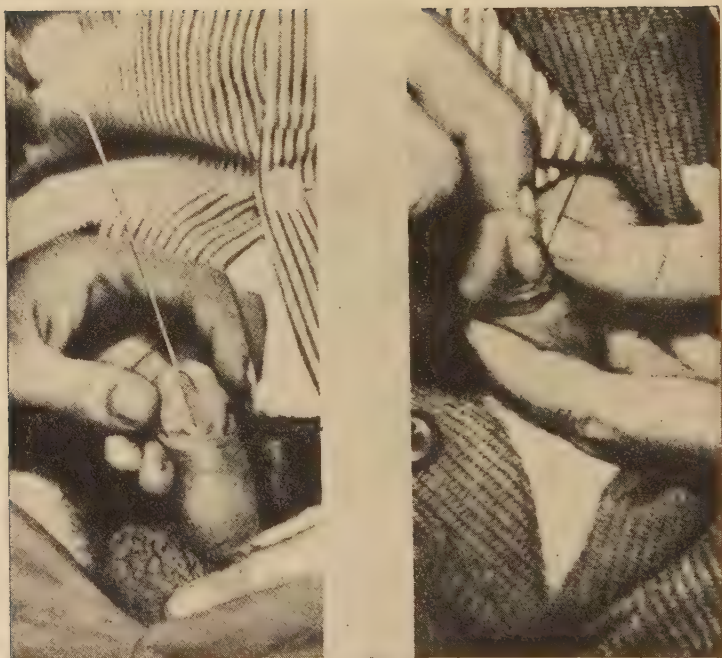


Fig. 27. — Hypospadias sur la face inférieure du pénis, une rigole ouverte qui conduit dans l'orifice oblique. La sonde se trouve dans le canal extra-urétral long de 1,5 cm.

Fig. 28. — Hypospadias avec canal latéral dans la première lèvre.

Photo Riks Hospital (Oslo).

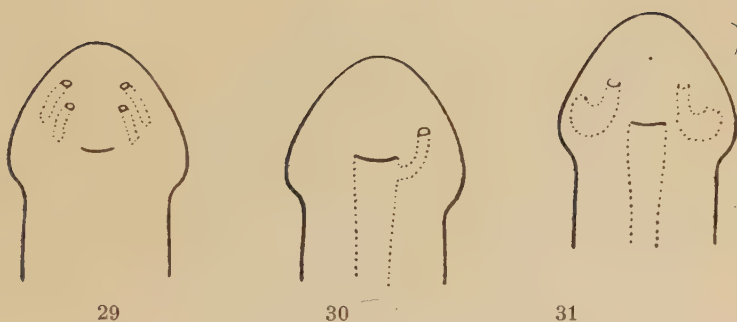


Fig. 29. — (JANET). Deux paires de canaux latéraux au-dessus du méat.

Fig. 30. — Canal latéral s'abouchant dans l'urètre.

Fig. 31. — Canaux latéraux avec poches.

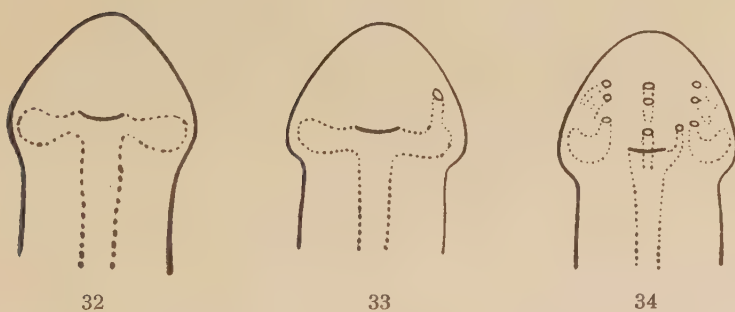


Fig. 32. — Poches latérales.

Fig. 33. — Poches latérales avec canal.

Fig. 34. — Disposition des canaux, la plus complexe que JANET ait pu observer.

B. REPAIRES DE L'URÈTRE

Valvule de Guérin et lacune de Morgagni

Les lacunes de Morgagni qui se trouvent à l'état constant dans l'urètre et dont font partie les valvules de Guérin, qui n'en sont différenciées que par leur situation plus rapprochée du méat et par une profondeur plus grande, constituent les repaires congénitaux gonococciques anormalement développés et méritent les uns et les autres de retenir l'attention des médecins (*Fig. 36 et Fig. 37, 35*).

Les lacunes de Morgagni proprement dites, c'est-à-dire celles de dimensions normales, sont évidemment bien plus nombreuses dans l'urètre pénien, mais elles ne méritent d'être considérées comme canaux paraurétraux que quand elles atteignent une profondeur démesurée (*Fig. 1*).

Pour compléter nos observations cliniques, nous avons fait des recherches anatomiques et macroscopiques du pénis sur un certain nombre de cadavres. Nous avons constaté que la lacune de Morgagni se trouve constamment dans chaque urètre masculin. Nous avons constaté également une ou deux lacunes plus profondes que les autres (*Fig. 35*).

Suivant une observation intéressante de Gjessing (Oslo) les petites lacunes ont une ouverture en forme



Fig. 35. — Face dorsale de l'urètre.

a) Valvule de GUÉRIN imprégnée d'argyrol qui lui donne une couleur noirâtre et dans laquelle est introduit un stylet.

b), c) Lacune de MORGAGNI avec deux clous enfoncés dedans.

de point, les grandes en forme de trait ou de V. Ces dernières formes indiquent les lacunes plus anciennes.

Les lacunes sont dans l'axe longitudinal de l'urètre. Chez le même individu, on trouve des canaux de différentes profondeurs. La plus grande que nous ayons observée atteignait 24 mm. dans un cas d'hypospadias appréciable.

En conséquence, du fait qu'elles présentent des anomalies différentes, nous devons les classer parmi *les repaires anormalement développés*.

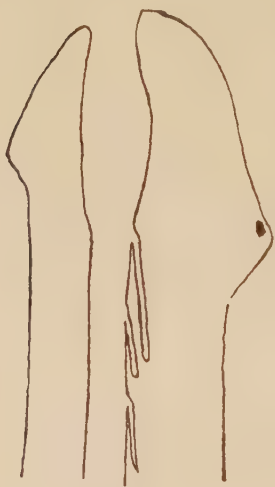


Fig. 36.



Fig. 37.

L'examen des figures ci-dessus nous montre bien que comme l'indique Morgagni, les lacunes se trouvent dans la paroi supérieure de l'urètre (face dorsale) : Les grandes placées (*Fig. 36*) assez exactement dans la ligne médiane et, de temps en temps séparées de celle-ci de 1 à 2 mm. (Illustration de Morgagni).

C. REPAIRES DU CORPS DU PÉNIS

Canal de la face dorsale de la verge

On entend sous ce nom un canal parallèle à l'urètre. Il fut observé par Le Fort et Terkowski (1900). Paul Delbet a observé un cas à peu près analogue. Janet a observé un petit trajet du frein de la verge, il avait 4 centimètres de long (*Fig. 38*). Sa paroi extérieure était tellement fine qu'on aurait pu la qualifier de sous-épidermique. Elle était infectée de gonocoques; son incision et le badigeonnage de son fond à la teinture d'iode en amenèrent la guérison immédiate.

On peut en trouver aussi sur la face inférieure (plutôt rare).

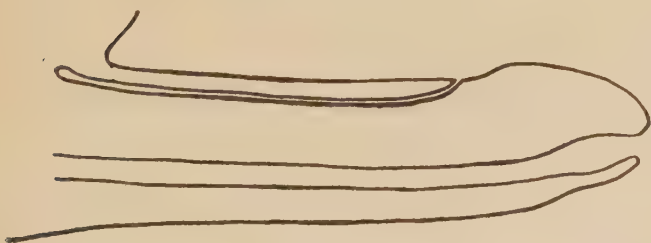


Fig. 38



Fig. 39

Les anomalies signalées dans les chapitres précédents ne sont pas les seuls abris où se réfugient les microbes urétraux. Ceux-ci peuvent également trouver asile dans le sillon balanique d'un prépuce en phimosis ou dans les végétations préputiales ou encore dans de

petites dépressions en nids de pigeons situées à l'union de la muqueuse préputiale et de la peau disposées en forme de cercle autour du prépuce et qui, d'après une observation du Docteur Janet, peuvent être au nombre de six (*Fig. 39*).

Chez les individus négligeant les soins de propreté, le prépuce phimotique, ces végétations, ces nids de pigeon, peuvent retenir chroniquement les gonocoques et déterminer des inoculations à répétition.

D. LITTRITES

Les littrites, qui ne sont pas à proprement parler des abcès, sont dues à l'infection ou à l'inflammation des glandes urétrales de la région pénienne provoquées aussi bien par une urétrite simple que par une blennorrhagie.

Dans les littrites (*Fig. 40*) les petites glandes de Littré sont indurées; elles donnent la sensation de petites graines de millet. Si elles sont très nombreuses, elles rendent la surface de l'urètre rapeuse.

Les unes, sous la moindre pression, se vident dans l'urètre et leur sécrétion contient des gonocoques.

Les autres forment de petits kystes qui peuvent être fermés définitivement ou bien qui peuvent se rouvrir et déverser à nouveau des sécrétions gonococciques dans l'urètre et l'infecter.

Oberlander préconise, pour détruire ces foyers d'infection, l'application des procédés mécaniques, c'est-à-dire l'emploi des beniquets, du dilatateur, massage sur beniquets.



Fig. 40

Cette méthode de traitement présente le grand danger d'infecter des glandes de Littre qui ne l'étaient pas avant.

Du reste, nous en reparlerons dans le chapitre « Traitement des littrites ».

Souvent, on trouve des canaux qui débouchent dans l'urètre comme les lacunes de Morgagni.

S'ils s'ouvrent dans la lumière de l'urètre, les symptômes cliniques sont les mêmes que les lacunes de Morgagni.

S'ils débouchent à la surface du pénis, on peut découvrir leurs orifices en examinant attentivement.

Les culs de sac extra-urétraux peuvent exceptionnellement être infectés seuls, tandis que l'urètre n'est pas infecté, mais la plupart du temps, tous les deux le sont ensemble.

Les culs de sac ou canaux intra-urétraux se trouvent à l'aide du speculum et du stylet mousse.

On découvre les extra-urétraux à l'œil nu, en examinant le pénis attentivement.

C. REPAIRES ACCIDENTELS

TRAJETS FISTULEUX.

A. Trajets de l'abcès parafrenulaire.

B. Trajets de l'abcès du corps du pénis.

C. Trajets de l'abcès de la prostate, des glandes de Cowper, des vésicules séminales de l'épididyme.

Le pus provenant d'abcès blennorragiques peut se frayer un chemin vers la peau ou selon le cas vers la muqueuse. De cette façon naissent des fistules qui guérissent difficilement sans traitement. Une place de prédilection pour les fistules de ce genre est le sillon balano-préputial immédiatement près du frein.

Trajets de l'abcès parafrenulaire

En général, ils ont le nom de *tysonite* étant donné qu'on parlait de cette idée qu'il s'agissait d'une inflammation des glandes préputiales de Tyson. Si c'était le cas, on devrait trouver souvent une infection des autres glandes sébacées préputiales, mais on sait que ce cas ne s'observe pas. Il semble qu'on ait plus de raison d'admettre qu'il s'agit d'une glande urétrale muqueuse infectée. Cette opinion est aussi représentée par Janet et par Schoufelds. Aussi

voudrions nous proposer la désignation neutre de : abcès parafrenulaires. L'infection pénètre probablement de l'urètre à travers un canal étroit vers la glande en question, où ensuite se forme un abcès. Par suite de la pression le pus se fraye un chemin là où la résistance est la moindre. Régulièrement une ouverture se forme sur un côté ou des deux côtés du frein. (Fig. 41). On observe souvent des ouvertures dans l'urètre.

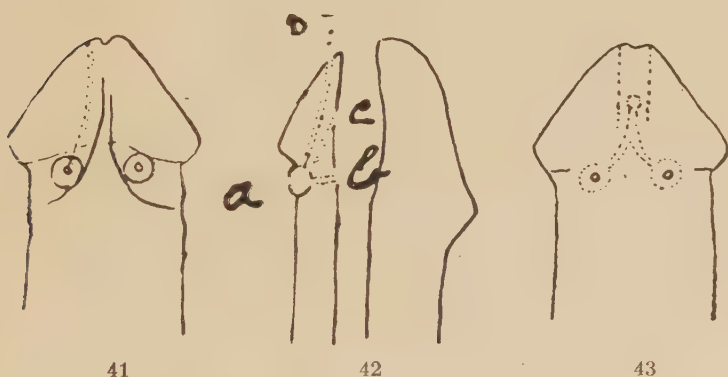


Fig. 41. — Abscès parafrenulaire des deux côtés avec ouverture dans le sillon balano-préputial. A droite un cul de sac conduit vers la lèvre droite.

Fig. 42. — Schéma des culs de sac les plus fréquents dans un abcès parafrenulaire : *a*) vers l'extérieur dans le *b*) liaison oblique vers l'urètre ; *c*) cul de sac extra-urétral sur la commissure inférieure.

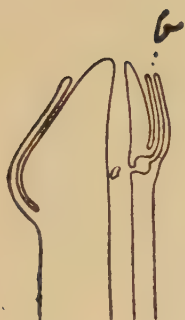
Fig. 43. — Abscès parafrenulaire des deux côtés avec ouvertures dans le sillon balano-préputial. De chacun des abcès part un canal. Les canaux se réunissent dans la ligne médiane et forment un cul de sac qui débouche à l'intérieur de l'urètre sur la face urétrale.

Un examen attentif montre assez souvent une relation plus ou moins transversale entre l'abcès et l'urètre (*Fig. 42*). Ou bien il peut y avoir un cul de sac qui court un peu plus obliquement vers le haut, vers l'orifice et débouche à l'intérieur de l'urètre dans la ligne médiane sur la face urétrale (*Fig. 42*). Si un abcès existe des deux côtés, une branche descend la plupart du temps vers chacune des cavités (*Fig. 43*). Le cul de sac peut déboucher aussi extra urétral dans la peau sous la commissure inférieure (*Fig. 42*). Souvent, on trouve plusieurs de ces canaux en même temps. Janet a décrit un cas où une fistule de ce genre courait entre les deux feuillets du prépuce et débouchait sur son bord (*Fig. 44*). En un cas semblable où la fistule s'ouvrait à la base du prépuce (*Fig. 45*), Janet a aussi décrit la combinaison d'un abcès parafrenulaire et d'un cul de sac à la face inférieure du pénis (*Fig. 46*).

On a constaté que ceux qui ont un abcès parafrenulaire sont très souvent atteints de nouveau par cette complication à leur prochaine blennorrhagie. Cela dénote qu'ils ont une disposition anatomique.

Abcès dans le corps du pénis

En palpant, on sent souvent plusieurs petites infiltrations de la grosseur d'un grain de blé à la face inférieure du pénis. Elles apparaissent tout particulièrement quand on introduit au préalable une sonde.



44



45



46

Fig. 44. — Abscès para-frenulaire avec ouverture vers l'urètre (a) et un canal qui court entre les deux feuillets du prépuce jusqu'à la fente de l'enveloppe du prépuce (JANET).

Fig. 45. — Abscès para-frenulaire avec ouverture vers l'urètre et vers la base du prépuce (JANET).

Fig. 46. — Abscès para-frenulaire en relation avec un long cul de sac à trois ouvertures obliques, à la face inférieure du pénis (JANET).

On les regarde comme une inflammation des glandes urétrales. L'importance pratique de ces nodosités si petites est souvent d'ailleurs exagérée. Nous avons constaté plusieurs fois qu'une blennorrhagie peut être guérie, bien que ces infiltrations puissent toujours encore être senties. Il en est autrement au cas où l'on peut constater une nodosité plus grande, supposons grande comme un petit pois. Si l'écoulement dans l'urètre est bloqué ou imparfait, une fistule peut se former à partir de cette infiltration, elle court vers la paroi plus ou moins verticalement ou se fraye un

chemin en avant en direction longitudinale. La fistule débouche soit à la face inférieure soit latéralement, mais jamais à la face dorsale.

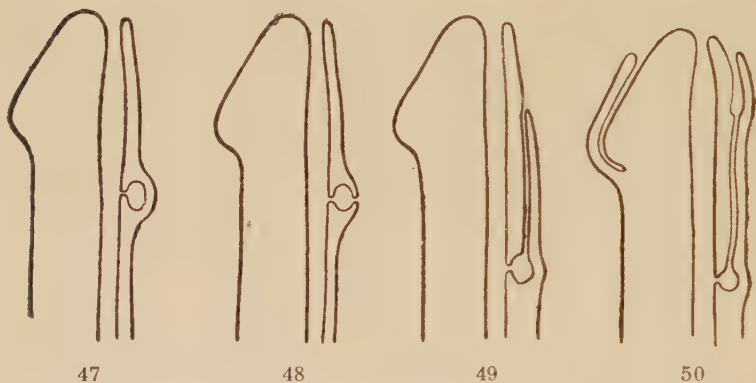


Fig. 47, 48, 49, 50. — Abscès dans le pénis avec formes variées de culs de sac fistuleux (d'après JANET).

*Trajets de l'abcès de la prostate,
des glandes de Cowper,
des vésicules séminales de l'épididyme*

Les fistules qui proviennent d'abcès dans la prostate sont à la périphérie du sujet. Elles aboutissent au voisinage de l'anus ou dans le périnée. Des abcès de la vésicule séminale percent le cas échéant dans le rectum ou le périnée. Ils sont extrêmement rares. Très rares sont aussi les fistules provenant d'abcès des glandes de Cowper. Celles-ci s'ouvrent dans le périnée. Rares sont également les fistules du scrotum provenant d'une épидидymite blennorragique purulente.

En général, on peut voir la formation d'un abcès avec formation de fistule en conséquence. Les abcès avec formation de fistules dans la prostate, les glandes de Cowper et l'épididyme sont accompagnés de symptômes généraux.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous devons à l'obligeance du Docteur J. Janet, qui a mis à notre disposition les observations qu'il a faites de 1922 à 1936, la constatation que les blennorragies dues à des repaires anormalement développés représentent environ 8,3 % des cas.

En effet, sur 2.272 cas nous en avons relevé 186 environ entrant dans le cadre de cette étude.

Nous ne les décrivons pas tous, car il y a de nombreux cas qui sont semblables et nous nous répéterions sans grand intérêt. Nous en avons choisi seulement quelques uns qui sont typiques et différents et que nous relatons ci-dessous.

1^{er} *Exemple*. Un malade a eu une blennorragie de 6 semaines en 1913, depuis il a toujours semblé bien portant.

En 1918, étant à l'hôpital, sans aucun contact possible avec une femme, il a une rechute qui dure deux mois.

Vu en juin 1919, je lui trouve des gonocoques dans un cul de sac profond situé au-dessus du méat et rien du tout dans l'urètre.

Il avait guéri son urètre, mais il avait gardé des gonocoques embusqués dans un cul de sac para-urétral et prêts à refaire tôt ou tard une autre rechute.

C'est un cas très analogue aux localisations des glandes de Skene des femmes.

2^e *Exemple*. Un malade m'est adressé par le Docteur Welti pour une blennorragie de l'urètre antérieure qui résistait à un traitement de lavages de sept mois.

Je lui trouve un pont muqueux qui traverse en travers la moitié supérieure de l'urètre au bas de la fosse naviculaire.

3^e *Exemple*. Un autre malade du même confrère est traité par lui pendant quatre mois et demi. Au bout de ce temps il a autant de gonocoques que les premiers jours. Je lui trouve une profonde valvule de Guérin.

4^e *Exemple*. Un malade est traité en 1906 pour une blennorragie qui dure 6 semaines.

En mai 1930 celui-ci a une deuxième blennorragie. Le traitement classique lui est appliqué.

Après deux mois de traitement il paraît guéri, mais les traitements d'épreuve de guérison provoquent chaque fois une rechute.

Le médecin traitant envoie ce malade à un de ses confrères spécialiste qui prescrit le dilatateur Colmann en supplément au traitement classique. Mêmes échecs,

rechute après le traitement d'épreuve de guérison.

C'est alors que ce malade me fut envoyé (au mois de septembre de la même année).

Je me livre à un examen minutieux qui me fait découvrir de petites lacunes de Morgagni infectées de gonocoques et que je guéris en six jours.

Un autre cas beaucoup plus embarrassant est celui produit par l'abcès glandulaire médio-pénien de la paroi inférieure de l'urètre, quand il a tendance à se résorber.

J'ai vu un de ces cas que je soigne du reste encore, qui a eu à larges intervalles deux récides de blennorragie consécutives à la rechute d'un abcès médio-pénien qui avait accompagné sa première blennorragie.

Première blennorragie en août 1924, abcès médio-pénien en cours de traitement. L'abcès se résorbe, la blennorragie semble guérie, il ne reste de l'abcès aucune trace palpable. Sept mois après deuxième blennorragie (9 mars 1925). L'abcès médio-pénien fait une courte apparition au dixième jour de la maladie puis se résorbe à nouveau le 12 avril : le malade semble guéri.

Le 16 mars 1926 troisième blennorragie antérieure. Il se forme tout d'abord un abcès glandulaire du frein. Je l'incise à l'extérieur, je le lave à l'Argyrol, il guérit.

Le 12 avril l'abcès médio-pénien réapparaît pour disparaître rapidement. La guérison apparente est

de nouveau obtenue mais nous nous attendons à une quatrième rechute parce que les circonstances ne m'ont pas permis de rouvrir à temps son abcès et de le désinfecter par des injections d'Argyrol qui seraient ressorties par l'urètre et auraient débarrassé la cavité de cet abcès de ses gonocoques.

DIAGNOSTIC DES REPAIRES MICROBIENS DE L'URÈTRE

Cliniquement, J. Janet ne fait pas de distinctions entre la valvule de Guérin et la lacune de Morgagni.

Quels sont les symptômes et les indications pour dépister l'infection des lacunes et des culs de sac de l'urètre ?

Au début, l'infection blennorragique s'étend, diffuse sur toute la muqueuse de l'urètre.

Au bout de six semaines, période où l'on peut admettre que la maladie est guérie, on interrompt le traitement, mais on est péniblement surpris par une récurrence.

Sur la base du développement et de l'examen, nous allons partir de ce point de vue que l'inflammation à son siège et après un examen minutieux, s'il n'existe aucune malformation congénitale anormale et qu'il n'y ait pas de culs de sac qui aboutissent à la surface du pénis, il faut supposer que la lésion siège dans la partie antérieure de l'urètre. Janet a mis en valeur les symptômes suivants qui donnent lieu de supposer

que le processus est localisé très en avant de la partie antérieure.

« Les malformations du méat (fossette sous méatique, méat en ancre ou encoche latérale, début d'hypospadias ou hypospadias) constituent des signes importants de présomption de la profondeur de la valvule de Guérin » (Janet).

1^o Indice. — Au cas où le traitement se prolonge et n'aboutit pas à un résultat, l'épreuve de guérison est suivie d'une rechute.

2^o L'urètre postérieur est guéri depuis longtemps et l'infection persiste dans l'urètre antérieur et plus spécialement dans les premiers centimètres.

3^o Petite goutte purulente épaisse à gonocoques nombreux bien vigoureux, qui paraissent avoir échappé au traitement. Cette goutte se montre chaque jour malgré le traitement.

4^o Malgré cette goutte, l'urine du premier verre est remarquablement claire, ce qui indique que l'infection est fortement localisée.

5^o Au cas où il y a des filaments dans cette urine, ceux-ci ne contiennent pas de gonocoques.

6^o Ces deux éléments microbiens et non-microbiens peuvent se présenter mélangés dans une goutte. Dans ces cas, on trouve de grandes surfaces sans gonocoques et tout à coup une place avec des gonocoques en pleine activité.

7° On fait de grands arrêts dans le traitement, il n'y a pas de rechute et pourtant on trouve de nombreux gonocoques intacts et extra-cellulaires dans la petite goutte que l'on fait péniblement sortir par pression du méat, fait qui n'est pas en rapport avec l'état tranquille par ailleurs de l'urètre.

Dans tous les cas de blennorragie, il y a une infection plus ou moins grande des glandes urétrales et des lacunes de Morgagni.

Pourtant l'expérience enseigne que l'on peut abrégier les souffrances de beaucoup de ces patients, par l'emploi de la méthode chimique préventive.

EXAMEN DES REPAIRES

Si l'on a à rechercher des lacunes de Morgagni ou des valvules de Guérin, très développées, on peut n'employer qu'un fin stylet, sans utiliser l'endoscope.

On le fait alors glisser le long de la paroi postérieure de la face dorsale de l'urètre en suivant très exactement la ligne médiane : le stylet s'y engageant très facilement. Quand on sent la résistance qu'oppose le fond de la lacune, on le retire lentement, en forçant légèrement sa pointe vers l'axe de l'urètre. Un petit claquement du stylet nous indique qu'il vient de quitter le trajet.

Pour mesurer avec précision la profondeur du trajet,

Gjessing a conçu et mis au point un appareil que nous décrivons ci-dessous :



Fig. 51. — Mesure de la profondeur de la lacune à l'aide du stylet et le curseur *fig. 57.*

TRAITEMENTS DES REPAIRES GONOCOCCIQUES

Trois traitements sont préconisés pour guérir les trajets para-urétraux anormalement développés infectés.

- 1° La cautérisation chimique,
- 2° La cautérisation électrolytique,
- 3° L'incision (procédé chirurgical).

Des trois traitements cités plus haut, nous déclarons comme le Docteur Janet, que la cautérisation chimique est le traitement le plus approprié et le plus efficace pour obtenir dans les meilleures conditions de durée (quelques jours à peine) et de sécurité (au point de vue des complications éventuelles), la disparition des gonocoques résidant au fond des repaires.

De plus, ce traitement ne nécessite pas, au point de vue manipulation, une grande expérience. Il est à la portée de tous les médecins.

Il n'en est pas de même du traitement chirurgical, c'est-à-dire l'incision qui exige du praticien une certaine dextérité.

Quant au traitement électrolytique, celui-ci présente le danger de provoquer des traumatismes dus au contact possible et même difficile à éviter, du cautère avec la paroi latérale des repaires, avant que le fond de celui-ci ait été atteint.



Fig. 52.

Nous disons donc plus haut, que nous préconisons la cautérisation chimique. Pour ce traitement, nous employons les lavages d'argyrol Barnes à 20 % ou de permanganate de potasse à 1‰ (un pour mille). Cette dernière application, dans le cas où les repaires sont argyro-résistant.

La solution d'argyrol doit être préparée au fur et à mesure des besoins, en principe. Il ne faut en aucun cas utiliser une solution vieille de plus de vingt quatre heures, car elle est devenue caustique.

La technique est simple :

Au moyen de l'écarteur univalve Janet (*Fig. 53*) ou du speculum Janet également (*Fig. 56*) on écarte d'abord le méat afin de bien voir l'entrée du trajet, on introduit dans ce trajet et jusqu'au fond, une canule fine et mousse de platine iridiée avec curseur fixée sur une seringue de verre de 2 cc. et remplie d'une des deux solutions citées plus haut. En poussant très lentement sur le piston de cette seringue, on dépose au fond du trajet une ou deux gouttes de la solution (*Fig. 52*).

Gjessing (Oslo 1936) préconise lui aussi le traitement par la cautérisation chimique, mais en employant le nitrate d'argent à 2%,

La causticité de ce produit ainsi que la difficulté d'éviter son contact avec la paroi latérale de l'urètre, nous fait repousser cette méthode.

Des effractions peuvent se produire, même lorsque ce traitement est appliqué par des mains expérimentées comme celle du Docteur Janet (voir l'observation relatée par celui-ci dans le *Journal de la Médecine* du 10 mai 1936 et où il dit en substance :

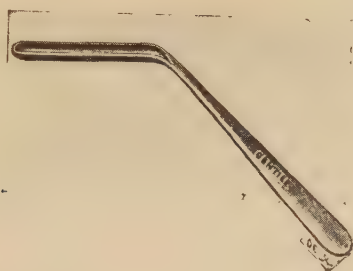


Fig. 53. — Ecarteur univalve du méat de J. JANET.

« Le fond de ces lacunes est d'une finesse extrême,
« si bien que malgré toute la douceur que je cherche
« à y mettre, il m'est arrivé quelques fois de pousser
« mon injection un peu trop profondément et d'en
« envoyer quelques gouttes dans les aréoles du corps
« spongieux ».

Une autre méthode chimique consiste à brûler au crayon de nitrate d'argent.

On recouvre la pointe d'une sonde avec une souche mince de nitrate d'argent fondu préalablement (chauffé dans une flamme); après quoi elle est introduite dans le cul de sac, très dangereux.

TRAITEMENT DES REPAIRES PRÉPUTIAUX

Les repaires préputiaux n'ont guère d'importance, ils ne nécessitent que des soins de propreté.

Les petites valvules du limbe en nid de pigeon sont lavées d'un jet de canule, de même que la poche préputiale en cas de phimosis.

Les végétations urétrales sont opérées aussitôt que la sudation des phénomènes inflammatoires est passée.

*TRAITEMENT DES REPAIRES
DUS A L'ABCÉDATION
D'UNE GLANDE URÉTRALE*

La disparition des gonocoques siégeant dans les repaires dus à l'abcédation d'une glande urétrale est difficile à obtenir.

Les lavages et les cautérisations employés contre les gonocoques des repaires congénitaux ou anormalement constitués sont sans effet sur ceux siégeant dans les repaires abcédés. Il faut pour s'en débarrasser employer la cautérisation brutale ou l'ablation.

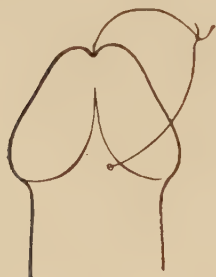
La paroi épaisse et sclérosée de ces repaires, leur épithélium à plusieurs couches, stratifiées, cornées, empêchent l'organisme de se défendre contre les gonocoques qui trouvent alors là un abri sûr.

Les trajets fistuleux dus à d'anciens abcès para-urétraux.

Les abcès para-urétraux de la région du frein, les abcès pénien, doivent être d'abord mis à plat en incisant leur paroi du côté de l'urètre, puis lavés avec une solution d'argyrol Barnes à 20 % au moyen d'une

canule de platine mousse à trajet de grosseur et de longueur appropriées.

Pour éviter la fermeture trop rapide de l'incision, il est utile d'y passer un fil qui ressort.



54



55

Fig. 54. — Séton filiforme passé au travers d'un abcès glandulaire du frein ouvert dans l'urètre et à l'extérieur.

Fig. 55. — Séton filiforme passé par les deux orifices d'un abcès glandulaire du frein.



TRAITEMENT DES LITTRITES

Les littrites sont considérées comme des repaires gonococciques, quand elles forment de véritables abcès glandulaires, dans lesquelles il ne faut pas faire entrer les littrites miliaires, qui ne constituent pas à proprement parler des repaires urétraux et qui peuvent guérir par le traitement habituel de la blennorrhagie ne nécessitant aucune intervention spéciale.

Ces littrites miliaires, ne se manifestent pour ainsi dire jamais lorsque le traitement de la blennorrhagie est appliqué avec prudence, en évitant tout traumatisme intempestif produit notamment par le contact de l'urètre avec des doses trop fortes de solution.

Nous sommes d'un avis différent de ceux qui prétendent que les littrites ont une influence néfaste sur l'évolution de la blennorrhagie, et que, quand elles sont infectées, tout est perdu, que le traitement de douceur est impuissant et qu'il faut avoir recours aux béniqués, aux dilatateurs à branche et à l'endoscopie.

Contrairement à ceux-ci, nous prétendons que les gonocoques cachés dans ces innombrables glandes

peuvent en sortir sans leur intervention et que la guérison est possible sans les massages évacuateurs.

Toute glande infectée par les gonocoques à sa surface interne, dans son épithélium, sous son épithélium et même dans ses espaces péri-glandulaires se débarrasse absolument de ses envahisseurs par ses propres moyens, pourvu qu'elle conserve sa texture primitive.

Toute glande infectée mais non abcédée se débarrasse d'elle-même de ses gonocoques sous l'influence des lavages urétraux à l'argyrol à 20 %.

Toute glande infectée et abcédée qui a perdue sa paroi vivante devient un repaire pour les gonocoques et doit être traitée chirurgicalement.

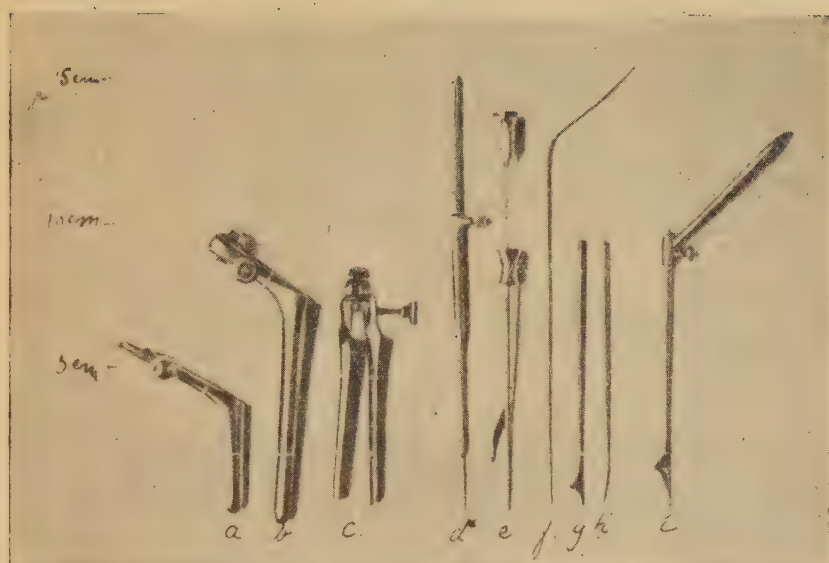


Fig. 56. — Instruments.

a), b), c) spéculum (JANET); d) mesureur de profondeur des lacunes (GJESSING); e) guillotine JANET; f) sonde; g), h) bistouris (HANSTEIN); i) bistouri.

j) Le curseur est une petite rondelle percée au centre d'un trou que l'on adapte soit à l'aiguille soit au stylet et dont on se sert pour mesurer la profondeur des repaires, en le faisant glisser le long de la pièce sur lequel il est monté. Il est d'application très récente et est dû au Dr. J. JANET.

Mesureur de profondeur Gjessing. — Le mesureur de profondeur des lacunes (Fig. 56) se compose d'un tube gradué à travers lequel passe une sonde.

Pour s'en servir le tube est amené à l'ouverture de la lacune. On lit sur le tube la distance de ce point au méat. La sonde est alors introduite jusqu'au fond

de la lacune et la distance du bord inférieur du tube à la pointe de la sonde indique la profondeur de la lacune qui se lit sur la sonde.



Fig. 57.



Fig. 58.

S'il s'agit de rechercher des lacunes plus profondes, dues par exemple à l'abcédation des glandes urétrales, on utilise l'endoscope.

CONCLUSIONS

Dans l'étude du traitement de la blennorragie chez l'individu, nous avons été attiré et retenu par la fréquence de ces affections para-urétrales qui peuvent, si elles ne sont pas traitées particulièrement, déterminer une chronicité néfaste non seulement au porteur de germes gonococciques, mais encore à ceux qu'il approche dans des contacts nécessaires à la perpétuation de l'individu et conséquemment à la société elle-même.

Pour les guérir, il faut avant tout connaître dans ces moindres détails la fine structure de l'urètre et déceler les repaires où s'abritent les gonocoques, afin d'apporter au fond de ces repaires le traitement approprié.

Les repaires se divisent en deux catégories :

Congénitaux et accidentels.

Les repaires congénitaux sont :

- 1^o La valvule de Guérin,
- 2^o Les lacunes de Morgagni,
- 3^o Les diverticules ou fossettes,

- 4° Le méat double et en ancre,
- 5° Les repaires latéraux
- 6° Les hypospades,
- 7° Les végétations,
- 8° Les phimosis,
- 9° Les repaires du corps du pénis,
- 10° Les littrites.

Les repaires accidentels sont :

Les abcès.

La blennorragie affectant uniquement l'urètre et ne rencontrant pas de malformations congénitales du méat ou du corps du pénis, ou des repaires anormalement développés dans l'urètre, guérit généralement avec le traitement classique.

La blennorragie que nous étudions ici est le cas rebelle au traitement classique, c'est-à-dire celle qui affecte les malformations congénitales, les repaires anormalement développés comme ci-dessus décrits.

Nous lui appliquons le traitement suivant.

Comme nous l'avons indiqué au cours de cette étude le traitement à appliquer pour obtenir la guérison des cas rebelles qu'ils soient dus à la présence de gonocoques dans telle ou telle malformation congénitale ou accidentelle est l'instillation d'argyrol Barnes à 20 % fraîchement préparé ou le permanganate de potasse à 1‰ (un pour mille). Cette dernière application dans le cas où les repaires sont argyro-résistant.

Les observations que nous relatons au cours de cette étude confirment que nous sommes dans le vrai.

Cette confirmation nous est également donnée par les échecs que nous avons constatés chaque fois que nous avons institué un traitement abortif (à une blennorrhagie récente) où il existait des lacunes ou des repaires anormalement développées à moins qu'un traitement ait été appliqué en même temps aux lacunes ou aux repaires.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de thèse,
MARION.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Traité d'anatomie Testut.*
- 1 bis. DELBET, POIRIER (P.) et CHARPY (A.). — *Traité d'anatomie*, Fas. I, s. 143.
2. GLINAR, ARZT ZIELER. — *Haut und Geschlechts krankheiten*, Bd. v, s. 164.
3. GUÉRIN. — *Gazette hebdomadaire de Médecine de Paris*, 1849, n° 30.
4. JANET (Jules). — *Traitement de la blennorrhagie chronique*, (*Rev. de Thérap. méd. chirurg.*, 1^{er} décembre 1898).
- *Les repaires microbiens de l'urètre*, (*Ann. de mal. de org. génito-urin.*, avril. 1901).
- *Considérations générales sur la gonococcie chronique*, (*Ass. franç. d'urologie*, Strasbourg, octobre 1921).
- *Blennorrhagie totale devenant antérieure*, (*Journal d'urologie*).
- *Les blennorrhagiques guéries qui continuent à couler, les blennorrhagies non guéries qui ne coulent pas*, (*Journal d'urologie*, 1922, t. II, p. 419).
- *Quand doit-on commencer à s'occuper de la lacune de Morgagni dans le traitement de la blennorrhagie ?*, (*Journal d'urologie*, 1922, t. I, p. 445.).
- *Traitement abortif et repaires microbiens*, (*Journal d'urologie*, 1923, t. I, p. 13).
- *De l'importance des lacunes de Morgagni dans le traitement de la blennorrhagie*, (*Ass. franç. d'urologie*, 1927).
- JANET (Jules). — *Diagnostic et traitement de la blennorrhagie*, Masson, 1929.
5. JARJAVAY. — *Recherches anatom. sur l'urètre de l'homme*. 1856.

6. LITTRE. — *Description de l'urètre de l'homme*, (Mémoire Acad. des Sciences, histoire de l'Académie Royal M.D.C.C. (1700).
7. MORGAGNI. — *Adversaria anatomica*, traduite par SCHONFELD.
9. VOSIDLO. — *Die Gonorrhoe des Mannes*, 1923.
10. *Acta dermato Venerologica die Blindgange der Mennlichen*. Harnröhre Chr. Gjessing (Oslo), 1936.
11. *Contribution à la clinique et à la thérapie de la blennorragie en cas de canaux para-urétraux ou surajoutés par les Docteurs Lenbrede et Sperdky Kharkow*, n° 20, 31 octobre 1929.
12. LE FORT. — *Anomalies fistuleuses du pénis*, (Ann. des mal. des org. génito-urin., juillet 1896).
13. TERKOWSKI. — *Blennorragie chronique d'un urètre*.
14. SURNUMÉRAIRE. — *Congrès d'urologie 1900. Anal. Génito-urinaire*.
15. *Journal de Médecine* (10 mai 1935) *Appareil génito-urinaire : Les effractions thérapeutiques de l'urètre*.
16. BARBELLION (Dr. Pierre). — *Blennorragie chez l'homme et chez la femme, méthodes actuelles de diagnostic et de traitement*, 1933
17. LE FUR (René). — *Traitement des blennorragies rebelles et récidivantes*, (Ass. franç. d'urologie, 1908).



